

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre: (Apellido) _____ (Primer) _____ (Segundo) _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Sexo: Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año) _____

Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a

Nombre de Esposo/a _____ Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año) _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono en Casa: () _____ - _____ Teléfono del Trabajo: () _____ - _____

Teléfono Celular: () _____ - _____

Médico que lo/a refirió: _____ Teléfono: () _____ - _____

***Cual es la razón por la cual nos visita hoy:** _____

***Fecha de la Lesión:** (Mes/Día/Año) _____ Lesión Personal Accidente de Auto Lesión en el Trabajo

Empleo (Donde trabaja): _____

Dirección de su Empleo: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Vive en algún Centro de Rehabilitación o en un lugar con cuidado de enfermeras? Si No

Si, sí, por favor llene la siguiente línea:

Nombre del Centro de Rehabilitación: _____ Teléfono: () _____ - _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

EN CASO DE EMERGENCIA

A quien podemos llamar en caso de una Emergencia?

Nombre: _____ Relación con el paciente/Parentesco: _____

Teléfono en casa: () _____ - _____ Teléfono del Trabajo: () _____ - _____

Teléfono Celular: () _____ - _____

INFORMACION PARA MANDAR COBROS A SU ASEGURANZA

Nombre de la persona responsable de pagar las facturas (Persona asegurada): _____

Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: (Mes/Día/Año) _____

La dirección es igual a la del paciente Si es diferente por favor llene la siguiente línea:

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono en Casa: () _____ - _____ Teléfono del Trabajo: () _____ - _____

Teléfono Celular: () _____ - _____

INFORMACION DE SU ASEGURANZA

Nombre de la compañía de su seguro médico: _____

Nombre de su seguro médico secundario (Si aplica): _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

HISTORIAL MEDICO

Nombre: (Apellido) _____ (Primer) _____ (Segundo) _____

1. Problemas Medicos:

Tiene:

Presión Alta No Si No se

Diabetes No Si No se

Por favor incluya todos los problemas médicos que usted tiene o pueda tener: _____

2. Síntomas:

Usted sufre de :

Dolor en el pecho No Si

Fiebre No Si

Dificultad para respirar No Si

Escalofrios No Si

Problemas Gastrointestinales ó Urológicos No Si

Herida abierta No Si

Pérdida de peso (no intencionada) No Si

Dren de su herida No Si

Por favor incluya cualquier otro sintoma que pueda tener que no esta enumerada: _____

3. Por favor incluya todas las cirugias que usted ha tenido:

Tuvo algun problema o complicación con la Anestesia? No Si

4. Última vacuna contra el tetano: Hace Menos de 5 años Mas de 5 años

5. Medicamentos:

Esta tomando medicamentos que adelgazan la sangre? No Si

Por favor incluya todos los medicamentos que esta tomando:

6. Tiene alergias a algun medicamento? No Si No se

Si sí, porfavor incluya los detalles:

7. Fuma? No Si Cuantos años? _____ Cantidad? _____

8. Toma alcohol? No Si Cantidad? _____

9. Existe algun historial familiar de complicaciones con la anestesia ? No Si

10. Por favor incluya cualquier problema medico que exista en su familia:
